

【薬局】指定自立支援医療機関(精神医療) 自主点検票

医療機関名	
開設者名	
担当者名	
連絡先(電話番号)	TEL:
点検日	令和 年 月 日

点検項目	自己評価	不備内容 (否の場合、その内を記載)
1 【基本方針】		
○支給認定に係る障害者等の心身の障害の状態の軽減を図り、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、良質かつ適切な調剤を実施しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
2 【療養担当規程遵守状況】		
○受診者の調剤を正当な理由がなく拒んでいないか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
○医療受給者証が有効であることを確認したうえで調剤しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
○受診者がやむを得ない事情がある場合、便宜な時間を定めて調剤しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
○調剤録に関する諸記録等に必要な事項を記載しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
○調剤及び調剤報酬の請求に関する諸記録を5年間保存しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
3 【人員体制、設備の整備状況】		
○患者やその家族への各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施が行える体制であるか。 また、調剤を行うに当たって、十分な医療スタッフ等の人員及び医療機器等の設備を有しており、適切な標榜科が示されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
○管理薬剤師や、薬局の名称・所在地等が変更となった場合は、市に届け出ているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
4 【その他】		
○自立支援医療費の請求は妥当であるか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	
○負担上限月額が設定されている受診者等について、適切に自己負担を徴収しているか。また、自己負担上限管理票へ適切に記載をしているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	